

受験番号

※記入不要

公立大学法人横浜市立大学看護職員(周麻酔)採用試験申込書（表面）

フリガナ						写真 ・縦4cm×横3cm ・本人単身胸上 ・白黒、カラーともに可 ・裏面に氏名を記入 ・裏面のりづけ
氏 名						
生年月日	昭・平 年 月 日生	年齢	歳	(2026年4月1日現在)		
現住所	(〒 -) (可否通知の発送先となります)					
連絡先	携帯電話 - - E-mail @ ※受験詳細の案内等に使用しますので、必ず記入してください。					
学 歴	期間（西暦）	学校名（学部・学科名）			該当に○印	修学年数
	年 月 から 年 月 まで	高等学校		年制	卒・卒見込・中退	年 月
	年 月 から 年 月 まで			年制	卒・卒見込・中退	年 月
	年 月 から 年 月 まで			年制	卒・卒見込・中退	年 月
	年 月 から 年 月 まで			年制	卒・卒見込・中退	年 月
職 歴	在職期間（西暦）	勤 務 先				勤務年数
	年 月 から 年 月 まで					年 月
	年 月 から 年 月 まで					年 月
	年 月 から 年 月 まで					年 月
	年 月 から 年 月 まで					年 月
	*職歴は看護業務以外の職歴も全て記入してください。（欄が足りないときは、任意の別紙をつけていただいて構いません。）					
	手術室での経験	有 ・ 無			経験年数： 年 月	
免 許	名称	取得（見込）年月日			記号・番号	
	看護師免許	(西暦)	年 月 日	取得・取得見込		
	助産師免許	(西暦)	年 月 日	取得・取得見込		
	保健師免許	(西暦)	年 月 日	取得・取得見込		
	*免許を取得見込の方は、年月日を「2025年3月」とし、「取得見込」に○印を記入してください。					
職員宿舍 入居希望	有 ・ 無					

裏面もあります

公立大学法人横浜市立大学看護職員(周麻酔)採用試験申込書(裏面)

受験番号
※記入不要

フリガナ		
氏 名		
趣味・特技 スポーツ等		
資 格	(看護職免許以外のもの)	
性 格	【長所】	【短所】
周麻酔期 看護師を 目指した 理由		
横浜市立大学附 属 2 病院 への志望動機	横浜市立大学附属2病院への志望動機に該当する項目を選択(複数可)し、()に順位を記入してください。 () a 高度な医療を実施している () e 施設設備が整っている () b 希望する看護領域がある () f 大学病院である () c 良い看護が実践されている () g 労働条件・給与・福利厚生がよい () d 教育・キャリア支援が充実している () h 通勤に便利・立地条件がよい () その他[]	
	横浜市立大学附属2病院を志望する理由を詳しく記載してください。	
特定行為研修修 了の有無	どちらかに○印を記入	
	有 ・ 無	
(有の場合) 修了している 特定行為		
麻酔診療の補助 の経験の有無	どちらかに○印を記入	
	有 ・ 無	
(有の場合) 医療機関名、経 験年数、具体的 な補助の内容		
受験資格の確認 及び署名	下記内容を確認の上、署名してください。 受験資格に該当しない、この申込書の内容が正しくない等が明らかになった場合、受験は認められま せん。 また、合格・採用になった場合でも、合格・採用を取り消します。	
	私は以下の受験資格を全て満たし、この採用試験に申し込みます。 また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。 ・看護師免許または助産師免許を、2025年度中に取得見込み、または取得済みです。 (西暦) 年 月 日 署名	